

UFSC – UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

ROSILEI SONTAG

**A ESTRUTURAÇÃO DA REDE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
NA “13ª REGIÃO DA DIVERSIDADE”: UM RELATO DE
EXPERIÊNCIA**

Florianópolis (SC),
2014

ROSILEI SONTAG

**A ESTRUTURAÇÃO DA REDE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
NA “13ª REGIÃO DA DIVERSIDADE”: UM RELATO DE
EXPERIÊNCIA**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Urgência e Emergência, do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Enfermagem.

Orientadora: Dra. Sayonara de Fátima Faria Barbosa

Florianópolis (SC),
2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado “Estruturação da Rede Urgência e Emergência na 13ª Região da Diversidade”: um relato de experiência”, de autoria da aluna Rosilei Sontag, foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Urgência e Emergência.

Profa. Dra. Sayonara de Fátima Faria Barbosa
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

Florianópolis (SC)
2014



Agradeço a **Deus** por tudo que tenho alcançado, em especial pela minha saúde e dos meus amados filhos e netos.

Dedico este estudo, de todo meu coração, com o amor mais puro e forte de mãe e avó, à **Manuela Peres Sontag**, ao **Bernardo Peres Sontag** e à **Laís Sontag Oliveira**, que são a razão do meu viver.

À minha primeira netinha, **Manuela**, que chegou para trazer a felicidade da família, e ao **Bernardo**, que venho para completar a alegria de uma família, com muita garra e amor.

E o mais puro amor e carinho à **Laís**, que enche de alegria a minha vida, e me faz superar as dificuldades e conquistar os meus sonhos. Seu coraçãozinho mimoso e cheio de carinho me conforta e traz muita paz ao meu viver.

Que a Luz Divina ilumine os meus três anjinhos com muita luz, amor, paz, saúde e prosperidade. Que todos os seus sonhos sejam abençoados por Deus, iluminando e abrindo seus caminhos.

A vocês dedico a realização deste estudo, que muitas vezes me fez abdicar do seu convívio, porém, apesar do afastamento físico, o meu pensamento estava sempre junto de vocês.

RESUMO

Este trabalho foi desenvolvido com base no estudo realizado na 17ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), com a implantação da Rede de Urgência e Emergência e construção do Plano de Ação Regional. Trata-se de uma forma de inserção do pesquisador na prática cotidiana do seu trabalho com o propósito de encontrar maiores soluções para os problemas. O Sistema Único de Saúde (SUS) está organizando as Redes de Saúde a serem implantadas nos municípios com vistas a atender a população mediante ações e serviços oferecidos de forma ascendente. Para a implantação da Rede Urgência e Emergência (RUE) buscou-se conhecer a realidade epidemiológica da região e dos serviços existentes junto aos municípios pertencentes à 17ª Coordenadoria Regional de Saúde de Ijuí no Estado do Rio Grande do Sul. O presente estudo busca descrever a forma como está sendo implantada a Rede Urgência e Emergência, a qual visa complementar a falta de ações e serviços existentes no território, buscar recursos junto às três esferas de governo e, também, recursos humanos qualificados que contemplem a 13ª Região da Diversidade. A organização para implantação das redes que contemplam a descentralização, regionalização e territorialização segue as normas exigidas pelo Ministério da Saúde, facilitando assim, o acesso dos seus usuários. Os dados foram obtidos a partir da elaboração do Plano de Ação Regional (PAR) e observações junto às instituições que prestam serviços para a demanda da 17ª CRS, e em documentos, relatórios e na legislação e Instrutivo do Ministério da Saúde que trata desta matéria.

Palavras-chave: Rede de Urgência e Emergência. Redes de Saúde. Humanização do SUS.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
1.1 Justificativa.....	8
1.2 Objetivo geral	9
1.3 Objetivos específicos.....	9
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	10
3 MÉTODO	13
3.1 Microrregiões	16
3.2 Capacitações	18
4 RESULTADO E ANÁLISE.....	20
4.1 Estruturação da Rede	21
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	26
REFERÊNCIAS	27

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo é uma exigência do curso de Pós-Graduação *lato sensu* em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Urgência e Emergência, promovido pelo Ministério da Saúde e administrado pela Universidade Federal da Santa Catarina (UFSC), sob a orientação da Dra. Sayonara de Fátima Faria Barbosa.

A escolha do tema deve-se a reflexões do cotidiano e à intervenção da teoria junto à prática no serviço realizado na 17ª Coordenadoria Regional da Saúde, visando à implantação da Rede de Urgência e Emergência (RUE) e elaboração do Plano de Ação Regional, o qual contempla os 20 municípios que formam a 13ª “Região da Diversidade”.

Neste contexto, o estudo visa a descrever a forma como estão sendo implantadas e organizadas as ações e serviços da Rede Urgência e Emergência na região de abrangência da 17ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), região administrativa, cujo município sede é Ijuí. A 13ª Região da Diversidade está situada no Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, é composta pelos 20 municípios (Ajuricaba, Augusto Pestana, Bozano, Catuípe, Campo Novo, Chiapetta, Condor, Coronel Barros, Crissiumal, Humaitá, Ijuí, Inhacorá, Jóia, Nova Ramada, Pejuçara, Panambi, Santo Augusto, São Martinho, São Valério do Sul e Sede Nova), e conta com uma população de 222.771 habitantes.

O Sistema Único de Saúde (SUS) avançou de forma significativa nos últimos anos, mas ainda necessita superar algumas lacunas existentes nas ações e serviços de saúde, como a qualificação da gestão mediante o uso de mecanismos que regulamentem os serviços.

Face ao exposto surge a necessidade de programar ações no âmbito da integralidade, que venham ao encontro das demandas das ações e serviços, sejam municipais, regionais, estaduais ou nacionais. A construção do Plano de Ação Regional (PAR) da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), portanto, servirá como balizador da sua organização.

Com vistas ao acolhimento do usuário, bem como as ações e serviços que estão sendo organizados de forma a contribuir com o menor tempo e melhor resposta, conforme preconiza a Política Nacional de Humanização (PNH) e a Rede de Urgência e Emergência, foi elaborado um diagnóstico regional das ações e serviços implantados. Verificou-se, assim, a necessidade de implantar mais ações e serviços, enquanto os existentes terão que ser melhorados. Dessa forma, a CRS procurou negociar junto aos prestadores uma forma de contemplar a região, detectando-se, também, a carência de profissionais capacitados para atender a Rede.

Considerando os serviços existentes e as ações já desenvolvidas, ao construir o Plano de Ação Regional de Atenção às Urgências e Emergências na 17ª Coordenadoria Regional de

Saúde deparou-se com a complexidade desafiadora dos serviços em rede. Percebeu-se, assim, a necessidade de sensibilizar os atores envolvidos na rede de cuidados por intermédio da Educação Permanente em Saúde, e o envolvimento da população na construção da política na lógica da corresponsabilidade.

Em relação ao direito da acessibilidade do usuário às portas de entrada nas urgências e emergências buscou-se trabalhar em conjunto a integração das principais Redes: Rede Cegonha, Rede Saúde Mental, Rede Urgência e Emergência e Rede de Cuidado/Reabilitação e Vigilâncias.

A Atenção Básica é a mantenedora de todas as redes, as quais estão sendo organizadas de forma articulada aos serviços. Assim, elas são fortalecidas e buscam, de forma hierarquizada e qualificada, construir as referências entre os municípios e os prestadores, complementando a atenção do usuário, ofertando uma linha de cuidado dentro de suas potencialidades e buscando o respeito às suas particularidades.

O Plano de Ação Regional (PAR) foi construído com a Comissão Intergestores Regional (CIR), prestadores de serviço, Comitê Regional e Participação Social (Conselho), de forma a facilitar o acesso, a fim de que seja mais próximo possível do usuário, garantindo a atenção integral e a resolutibilidade, devolvendo a contrarreferência à atenção primária.

Considerando a proposta de uma rede organizada, regionalizada por território, reforça-se a importância de manter os prestadores de saúde credenciados pelo SUS, o que vem ocorrendo a partir das ações realizadas em conjunto com a Comissão Intergestores Regional (CIR) da 17ª Coordenadoria Regional de Saúde.

Este modelo de saúde está sendo desenhado conforme as necessidades do território, integrando a rede de atenção dos serviços. Sendo assim, a 17ª CRS vem implantando e contratualizando os serviços especializados no âmbito regional e local a partir de sua visão do sistema de serviços, que é estruturado e organizado para atender a demanda da região.

A Secretaria Estadual de Saúde vem implantando ações e serviços que serão as portas de entrada do usuário, considerados pelo Ministério da Saúde como pontos de melhoria da Rede, como as Unidades de Saúde, Sala de Estabilização, Unidade Pronto Atendimento – UPA/24 horas, serviços de atendimento móvel/SAMU, pronto atendimento, hospitais, incluindo os leitos em geral, assegurando o acesso da região à Saúde. Quando isso, porém, não for possível, busca suprir as demandas em outras regiões e pactuar a organização do Sistema Único de Saúde (SUS) com as Coordenadorias Regionais de Saúde e respectivos municípios.

Este conjunto de ações e serviços de saúde tem o objetivo de organizar as redes e garantir o acesso qualificado e humanizado, obedecendo a protocolos criados pelo gestor regulador, de comum acordo com os prestadores contratualizados pelo Sistema Único de Saúde.

Considerando que o Brasil é um país que possui grande extensão territorial, e que o desenvolvimento humano é diferenciado em cada território, o Ministério da Saúde vem desde 2002 implantando a Rede Urgência e Emergência no país mediante ações e serviços que atendam as necessidades da população.

Essas ações e serviços serão implantados conforme descrito nos Planos de Ação Regional (PAR) ou Macrorregional. No Estado do Rio Grande do Sul existem atualmente três PAR protocolados e aprovados pelo Ministério da Saúde, sendo eles o PAR da Região de Pelotas, da Região de Porto Alegre e da Região Macro Missioneira. A 17ª CRS faz parte do PAR da Região Macro Missioneira. A realização do PAR seguiu orientação do Manual Instrutivo do MS/2013, que contemplada todos os pontos da Rede.

O estudo de caso realizado em Minas Gerais, em 2011, também contempla todos os pontos da Rede, confirmando o que preconiza o MS em seu Manual Instrutivo/2013, ou seja, que as ações e serviços têm que estar em consonância com as outras redes de atenção. Sendo assim, o usuário terá um atendimento qualificado e humanizado, conforme preconiza a Política Nacional de Humanização, que contempla a classificação de risco.

1.1 Justificativa

O Plano de Ação da Rede de Urgência e Emergência (RUE) tem origem na busca por um balizador das ações e serviços que possibilite ao usuário um acesso mais próximo e um tempo de resposta mais rápido, com a participação de profissionais capacitados.

Visa, portanto, um modelo que proporcione aos usuários uma linha de cuidados em urgência e emergência, com acolhimento mediante classificação de risco e que, de forma articulada e conjunta, desenvolva uma estratégia de integração dos três níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS), eliminando os vazios existentes na Rede. A sua complexidade, portanto, reside no fato de que se trata de recurso sob a responsabilidade das três esferas de governo (Federal, Estadual e Municipal).

A implantação da Rede de Urgência e Emergência e elaboração do PAR é extremamente importante para garantir recursos junto ao Estado e Ministério da Saúde. Por

isso, todas as ações e serviços têm que estar em consonância com o Plano de Ação Regional/Macrorregional da Rede de Urgência e Emergência.

Além disso, o Plano de Ação Regional servirá como balizador das ações e serviços, bem como orientador do Grupo Condutor que atuará como guia no monitoramento e avaliação.

1.2 Objetivo geral

Descrever a implantação da Rede de Urgência e Emergência (RUE), e a elaboração do Plano de Ação Regional (PAR), bem como as negociações entre os gestores regionais, prestadores e conselhos, visando a suprir a sua necessidade no território, de forma regionalizada e hierarquizada, tendo como balizadores as ações e os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).

1.3 Objetivos específicos

- Identificar os atores envolvidos na elaboração do Plano de Ação Regional (PAR);
- Entender a forma como ocorreram as negociações e qual o entendimento dos prefeitos, secretários de saúde e serviços com relação à Rede Urgência e Emergência;
- Mencionar as dificuldades e fragilidades na implantação da RUE;
- Compreender as definições e arranjos que contribuíram para a execução do processo de implantação da RUE.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Considerando a necessidade de organização das ações e serviços na área da saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS) vem construindo, de forma humanizada e qualificada, de acordo com o art. 198 da Constituição Federal de 1988 (CF/88), uma rede regionalizada e hierarquizada, organizada de acordo com as seguintes diretrizes:

I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II – atendimento integral;

III – participação da comunidade.

A Lei Federal nº 8.080/1990¹, em seu art. 36, expressa que o processo de planejamento e orçamento devem ser ascendentes, do nível local até o federal, conforme suas necessidades e disponibilidade de recursos, regulamentando as ações e serviços, de forma isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual.

Enquanto isso, a Lei Federal nº 8.142/1990², ao dispor sobre a participação social no SUS, define que todas as ações e serviços devem ter aprovação da aplicação dos recursos que são previstos nos planos municipais de saúde.

Já a Lei Complementar nº 141/2012 dispõe sobre a forma como os recursos da saúde devem ser aplicados e também como serão avaliados e monitorados, de acordo com o plano de aplicação, os repasses da União, Estado e contrapartidas dos Municípios.

A Portaria nº 4.279/2010 estabelece as diretrizes para implantação da estrutura da Rede de Atenção do SUS, com o objetivo de superar a intensa fragmentação das ações e serviços da saúde e qualificar a gestão. Sua finalidade é promover a integração sistêmica de ações e serviços de saúde com provisão de atenção continuada, integral, de qualidade, responsável e humanizada, conforme regem os princípios do sistema.

A Portaria nº 2.488/2011, por sua vez, define a organização das Redes de Atenção à Saúde, enfatizando que a Rede Básica/Atenção Primária é a mantedora das redes. A construção de arranjos organizativos formados por articuladas ações em serviços garantem o acesso e o cuidado integral do usuário.

¹ A Lei Federal n. 8.080/1990 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

² A Lei Federal n. 8.142/1990 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

A Rede Básica é a principal porta de acesso dos usuários e, portanto, ela precisa ser resolutiva e estar articulada com outros serviços complementares aos da equipe multidisciplinar, visando à garantia da linha de cuidado dos usuários em seu território.

O Decreto Federal nº 7.508/2011 define os requisitos mínimos para uma Região de Saúde: I) Atenção Primária; II) Urgência e Emergência; III) Atenção Psicossocial; IV) Atenção Ambulatorial Especializada e Hospitalar; V) Vigilância em Saúde. Ademais, obedecer ao seu território e limite geográfico; definir a população usuária a ser beneficiada; as ações e serviços ofertados devem acolher os pacientes de forma humanizada; seguir o protocolo clínico da linha de cuidado a cada usuário do Sistema.

As portas de entrada dão início ao acesso universal, igualitário e ordenado que se completam na rede regionalizada e hierarquizada.

A referida legislação também expressa que todas as ações e serviços devem pactuar com os Conselhos de Saúde Municipais, Comissão Intergestores Regional (CIR), Comissão Intergestores Estadual (CIB) e Comissão Intergestores Federal (CIT).

A Portaria nº 2.048/2002 estabelece que os serviços devem ser estruturados local e regionalmente, bem como devem ser resolutivos com recursos humanos capacitados, ações e serviços resolutivos e regulados que garantam o acesso universal e integral na atenção e equidade na locação de recursos e ações do Sistema, de acordo com as diretrizes gerais do SUS.

A Portaria nº 1.863/2003 institui a Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências, e garante a universalidade, equidade e integralidade nos atendimentos às urgências clínica, cirúrgica, genético-obstétrica, psiquiátrica, pediátrica e as relacionadas às causas externas (traumatismos não intencionais, violências e suicídios). Além disso, ela revela a forma como a rede deve ser organizada, e sua forma hegemônica de implantação, a fim de cobrir todos os vazios existenciais, promover a educação continuada, definir os componentes da rede locais e regionais, fixos e móveis, em consonância às necessidades dos usuários, e melhor tempo de resposta.

E, finalmente, a Portaria nº 1.600/2011 reformula a Política Nacional da Rede de Urgência e Emergência e suas diretrizes, contemplando o atendimento integral, igualitário e humanizado com os princípios da humanização, realizando acolhimento e classificando o risco em todos seus pontos de atendimento.

Mendes (2007, p. 17) afirma que a organização das Redes de Atenção à Saúde define a singularidade de seus processos descentralizadores frente a outros setores sociais. E que os serviços de saúde estruturam-se numa rede de ponto de atenção à saúde, composta por

equipamentos de diferentes densidades e tecnologia que devem ser distribuídos espacialmente. A boa distribuição vai resultar em eficiência, efetividade e equidade dos serviços. Economia de escala, economia de escopo, disponibilidade de recursos e acesso aos diferentes pontos de atenção à saúde determinam, dialeticamente, a lógica fundamental da organização racial das redes de atenção à saúde.

Righi (2006, p. 126) enfatiza que criar condições para que os serviços de saúde contribuam para o desenvolvimento local, territorial incluyente, sustentado e sustentável implica a criação de novas organizações de saúde e profundas mudanças na gestão dos serviços que compõem a rede local e regional do serviço de saúde.

No estudo realizado por Franco (2010) é afirmado que o projeto terapêutico é um conjunto de atos assistenciais pensados para resolver determinados problemas de saúde do usuário com base em uma avaliação de risco. O risco não é apenas clínico, e sim social, econômico, ambiental, afetivo, ou seja, compõe um olhar integral. Acolher o usuário e classificar o risco significa atender bem por meio de uma equipe qualificada e interdisciplinar.

3 MÉTODO

Estruturar a Rede de Urgência e Emergência na 17ª Coordenadoria Regional de Saúde de Ijuí, localizada na Região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, caracterizada como a 13ª Região da Diversidade, foi um trabalho que iniciou em 2010 quando assumi a Coordenação da RUE.

A princípio os desafios foram expressivos, pois seria o seu primeiro trabalho como técnica. Para tanto, contei com o apoio da equipe que sempre se mostrou participativa e colaborou para que o desenho da região contemplasse os vazios existenciais.

O primeiro desafio foi buscar o conhecimento, estudando as portarias e instrutivos do Ministério da Saúde que regulamenta a implantação dessa rede. O Grupo Condutor (Comitê) foi a forma encontrada para chamar para a roda de conversa todos aqueles que faziam parte desse grupo, a fim de integrar e negociar as ações e serviços.

Iniciou, assim, um trabalho de conquista e de conscientização dos gestores municipais e prestadores de serviços quanto à importância da implantação da Rede de Urgência e Emergência em consonância com as outras redes, cuja mantenedora é a Atenção Primária.

O diagnóstico levantado na 13ª Região de Saúde constatou a insuficiência de ações, serviços e recursos humanos para organizar a rede, bem como de profissionais capacitados.

Foram várias reuniões realizadas com o Conselho de Saúde para expressar a importância da rede, bem como buscar a conscientização dos Secretários de Saúde, Prestadores de Serviços (hospitais) e Prefeitos Municipais quanto à necessidade de ampliar as ações e serviços e melhorar o atendimento ao usuário com tempo oportuno de resposta. Com essas negociações buscou-se dar início à construção do Plano de Ação Regional (PAR) da Rede de Urgência e Emergência (RUE), cujo fator limitante foi colocar no papel, escrever sobre algo que não havia modelo para elaboração, pois tudo era novo.

O processo dessa construção teve o apoio das instituições que colaboraram nas informações para realização do diagnóstico epidemiológico e situacional das ações e serviços, expressando suas necessidades e o que teria de ser melhorado.

Implantar a rede consiste num conjunto de ações e serviços que se entrelaçam com a mesma finalidade de ser porta de entrada para o usuário, garantindo acolhimento, classificação de risco, garantia da linha de cuidado com a equipe multidisciplinar, serviço ambulatorial de imagem para diagnóstico, consulta especializada, serviço hospitalar, transporte adequado, elaboração de um plano terapêutico individual ou coletivo de forma a integrar esse cidadão o mais cedo possível à sociedade.

Para que tudo isso ocorra de forma homogênea e na sua integralidade, é preciso pensar conjuntamente, pois todo o processo de educação permanente entre equipe e usuário é de grande valia para organizar um plano terapêutico adequado àquela situação.

A base de dados foi construída junto aos Secretários de Saúde que, em reuniões da CIR traziam suas reais necessidades e os problemas enfrentados na hora de encaminhar uma gestante de alto risco, por exemplo. Buscou-se, então, construir as redes de forma que se negociasse junto aos serviços a garantia de atendimento na região, buscando em outra referência somente aquilo que não fosse possível obter no local, garantindo, assim, a continuidade do tratamento.

Para implantar a Rede utilizou-se o Manual Instrutivo da Rede de Urgência e Emergência no SUS, do Ministério da Saúde, cujas Portarias orientam a forma de implantação e organização das ações e serviços.

Dessa forma, foram eliminadas as lacunas (decorrentes da falta de ações e serviços) com novas propostas de ações e serviços e a garantia de que os serviços já existentes sejam contemplados no PAR com melhoria nas adequações para o atendimento dos usuários.

Pensar a 13ª Região da Diversidade é como dirigir um olhar a vários ângulos, o que trouxe muito conhecimento e negociações com diferentes atores, contribuindo para a organização das redes, como a Rede de Atenção Primária, Rede Cegonha, Rede Psicossocial, Rede de Reabilitação, Rede de Urgência e Emergência e Vigilância. Tudo isso comprovou que não é possível trabalhar sem estar em consonâncias com todas as redes.

Os serviços hospitalar, pré-hospitalar fixo e móvel, laboratorial de diagnose e imagem são de fundamental importância para que haja atendimento integral ao usuário. O Ministério da Saúde vem se empenhando para a melhoria e ampliação desses serviços.

Na elaboração do Plano de Ação Regional tudo o que se buscou foi expressar a real situação, bem como o que é necessário para suprir as necessidades da região, dados que foram apresentados ao Grupo Condutor e ao Conselho de Saúde, e posteriormente, aprovados pela CIR.

Os trabalhos se intensificaram com a participação das equipes e dos respectivos serviços, conforme se alternavam as ações nos diferentes momentos:

- ☒ A partir da necessidade de haver uma pessoa de referência na regional os gestores municipais na reunião do Colegiado de Gestores Municipais (Cogere) solicitaram que a CRS definisse alguém que fosse responsável pela Rede de Urgência e Emergência, a quem eles poderiam acionar nas horas de necessidades. Foi chamada para assumir essa função, que teve início com uma reunião realizada no dia 26 de

agosto de 2010, com gestores, hospitais e SAMU – Serviço de Atendimento Móvel. Na ocasião ficou decidida a criação de um Comitê para organizar a Rede Urgência e Emergência. O convite foi enviado às instituições que fariam parte desta rede.

- ☑ No dia 17 de setembro de 2010 foi publicada a Portaria da aprovação da UPA para o município de Ijuí, RS, no Ministério da Saúde.
- ☑ Em 23/09/10 o Grupo Condutor que fazia parte da rede reuniu-se na 17ª CRS, onde foram escolhidos alguns componentes das instituições, formando a Câmara Técnica que seria a responsável para dar andamento aos fluxos dos serviços. Na ocasião também foi elaborado o Regimento do Grupo Condutor da Regional.
- ☑ Em 23/09/2010 a Câmara Técnica se reuniu para discutir e estudar as Portarias, escrevendo o Regimento Interno da Regional, o qual foi aprovado pelos gestores. No dia 25/10/10 o Grupo Condutor reuniu-se para apresentar o regimento, o qual foi passado no Colegiado de Gestores Regional (Cogere) para informação dos secretários de saúde.
- ☑ Em março de 2011 o município de Ijuí (RS) assumiu a gestão do SAMU e em 24 de março de 2011 houve uma reunião com os prefeitos na 17ª CRS para negociar a adesão dos municípios ao Serviço de Atendimento Móvel (SAMU) da Unidade de Serviço Avançado (USA).
- ☑ Em 12 de maio de 2011, a Resolução nº 106 CIB/RS estabeleceu a regulação inversa pactuada no Cogere, isto é, que nos casos de Emergência, a responsável técnica regularia a saída do Serviço e passaria as informações à Central de Regulação Estadual. Isso ocorreu devido aos inúmeros trotes aplicados a Central de Regulação Estadual (192) e ao grande atraso no atendimento, bem como às reclamações dos gestores de que o serviço não estava sendo resolutivo.
- ☑ No dia 13 de maio de 2011 foi apresentado o Comitê para os diversos prefeitos que compuseram a reunião no Salão Nobre da Prefeitura Municipal de Ijuí, que contou com a participação de todos envolvidos. Na ocasião os nomes dos componentes foram oficializados, bem como as instituições citadas e as funções desse Comitê.
- ☑ Em 02 de junho de 2011 os integrantes do Comitê foram reunidos para desenhar a proposta do Plano de Ação Regional da Rede de Urgência e Emergência na 17ª CRS.
- ☑ Em 10 de junho de 2011 a Câmara Técnica discutiu os fluxos da Rede.
- ☑ Em 04 de julho de 2011 os integrantes do Comitê foram novamente reunidos a fim de elaborarem a proposta que seria discutida junto às instituições com relação às

ações e serviços a serem implantados na região em consonância com o Plano de Ação Regional.

- ☑ No dia 08 de agosto de 2011, o Comitê, juntamente com o Hospital de Caridade de Ijuí, o Pronto-Atendimento e o Ministério Público reuniram-se junto à Promotoria para acertar os fluxos e definir quem atenderia o Sistema Prisional. Ficou acertado na ocasião que seria de competência do município de Ijuí atender os casos clínicos, enquanto o HCI atenderia os urgentes, e o SAMU atenderia todas as solicitações juntamente com os Bombeiros.
- ☑ Em 10 de outubro de 2011 ocorreu o 1º Encontro Macrorregional, com a presença do Coordenador Estadual da Rede Urgência e Emergência, na Câmara de Vereadores, contando com a presença de prefeitos, Secretários(as) de Saúde, Grupo Conductor, prestadores de serviços e instituições que compõem a rede. Foi discutido o Plano de Ação Regional (PAR) e iniciou-se a discussão em nível de Macrorregional, ficando a 17ª CRS responsável em construir a Rede em consonância com outras regionais, auxiliando na elaboração dos Planos Regionais e construindo o Plano Macrorregional. Ficou acordado que tudo que seria solicitado para a RUE, teria que ser passado pela avaliação da Comissão Intergestores Regional (Cogere), em consonância com o Plano de Ação da RUE.

3.1 Microrregiões

- ☑ Com o diagnóstico realizado na regional para implantação da Rede verificou-se a necessidade de implantar mais ações e serviços, os quais seriam negociados na região e solicitados em consonância com o PAR.
- ☑ As negociações foram iniciadas com os municípios, distribuídos por território nas microrregiões, contando ainda com a participação dos prefeitos, gestores da saúde, prestadores de serviço e conselhos. Buscou-se definir o que se tem hoje, buscando suprir as necessidades das ações e serviços para melhorar o atendimento dos usuários. Além disso, ter um melhor tempo de resposta, e saber como seriam regulamentados os serviços. Nesse cenário a rede e a implantação dos serviços foram sendo trabalhados em conjunto.
- ☑ Cada microrregião, com suas peculiaridades, buscou realizar um diagnóstico diferenciado, obedecendo a seus limites e promovendo o melhor para que toda população fosse beneficiada dentro da Rede. De acordo com suas necessidades as quatro microrregiões têm uma diferenciação, as quais são descritas a seguir:

- ✓ Em 2011 foram realizadas reuniões com a microrregião de Crissiumal com o propósito de organizar a rede, envolvendo público-alvo, gestores, prefeito, hospital e 17ª CRS e Conselho. Esta Microrregião, que é região de fronteira entre Brasil e Argentina, é composta pelos municípios: Crissiumal, Sede Nova e Humaitá. Crissiumal possui um Hospital de Pequeno Porte (HPP), que é Porta de Entrada e referência em traumatologia de média complexidade, saúde mental, realiza partos, além de procedimentos clínicos. A Rede Básica tem cobertura de 100% em Estratégia da Saúde da Família (ESF) em Humaitá e Sede Nova, e buscou negociar a cobertura de 100% de Estratégia da Saúde da Família (ESF) em Crissiumal e um Centro de Atendimento Psico Social (CAPS Microrregional). Além disso, foi proposto instalar uma Sala de Estabilização (SE) e um Serviço de Atendimento Móvel Básico (SAMU). Sendo assim, o território daria conta de suas necessidades e teria como referência secundária a área de Trauma Tipi I e outras complexidades da Associação Hospital de Caridade Ijuí.
- ✓ Já a Microrregião de Santo Augusto comporta mais municípios, sendo eles: Chiapetta, Campo Novo, Inhaçorá, Nova Ramada, Santo Augusto, São Martinho e São Valério do Sul (Reserva Indígena). A Microrregião de Santo Augusto conta com um hospital de pequeno porte que é referência em Porta de Entrada e cirurgias eletivas gerais nessa região, e atende a Reserva Indígena do município de São Valério do Sul. Todos os municípios contam com 100% de ESF, com exceção de Santo Augusto, cuja implantação foi negociada em 100%, um CAPS Microrregional, e proposto uma Sala de Estabilização (SE) e Serviço de Atendimento Móvel Básico.
- ✓ A Microrregião que compõe os municípios de Panambi, Condor e Pejuçara possui um HPP localizado em Panambi, que é referência em Porta de Entrada. É habilitado, realiza partos, cirurgias eletivas e de média complexidade em traumatologia para seu município e conta com Serviço Móvel Básico (SAMU). Tem 100% de ESF, um CAPS, e um serviço de referência regional, que é a Comunidade Terapêutica em Álcool e Drogas para homens adultos (Cruz Azul). Também se buscou negociar uma Unidade de Pronto-Atendimento 24 Horas (UPA) para Panambi e seus municípios, que já foi aprovada junto ao MS e está em fase de início de construção. A necessidade deste serviço deve-se ao fato de o município ser um pólo metal-mecânico e ter sua região cortada por duas importantes rodovias (BR), de grande fluxo e inúmeros acidentes automobilísticos.

- ✓ O município de Ijuí é considerado Sede Regional e Macrorregional, e compõe a microrregião de Ajuricaba, Augusto Pestana, Bozano, Catuípe, Coronel Barros, Ijuí e Jóia. Em 28 de dezembro de 2011 a Associação Hospital de Caridade Ijuí fez a sua Adesão à Rede Urgência e Emergência, considerada a Porta de Entrada na RUE, referência regional habilitada em Trauma Tipo I e serviços de média e alta complexidade para a 13ª Região da Diversidade e Macro Missioneira. Suas especialidades são as Gestantes de Alto Risco, a Traumatologia de Média Complexidade, Oncologia, Cardiologia e Vascular de Alta Complexidade e Serviço de Hemoterapia. A instituição possui leitos de UTIs, Neo-Natal, Adulto e Conoraniana regulados pela Central de Regulação de Leitos do Estado, sendo que o aumento de leitos das UTIs foi negociado, assim como as adequações necessárias nas UTIs, a instalação de uma UTI Pediátrica, a reforma e as adequações do Pronto Socorro. Também foi aprovada a reforma e a adequação da Associação Beneficente Ajuricaba (HPP), a fim de manter leitos clínicos de retaguarda para o HCI. O município de Ijuí tem outros dois hospitais, sendo um particular da Unimed e outro público/filantrópico da Associação Hospitalar Bom Pastor de Ijuí, que é referência regional em Saúde Mental e cirurgia de média complexidade, entre outros procedimentos. Ijuí tem 60% de cobertura de ESF, um Pronto-Atendimento 24 Horas e uma UPA/24 Horas em fase final da construção e implantação dos serviços. O Serviço de Atendimento Móvel Avançado (SAMU) dá suporte à 13ª Região da Diversidade e possui uma USB-Serviço de Suporte Básico para os municípios da microrregião com distância de até 20 km. Foi pactuada uma Sala de Estabilização e uma USB para o município de Jóia devido à sua grande extensão territorial e por contar com oito assentamentos em consonância com o PAR.

3.2 Capacitações

- ☑ Considerando a expressiva falta de profissionais capacitados foi organizada em Ijuí, no dia 16 de novembro de 2011, a primeira capacitação a nível Regional, coordenada pelo Núcleo Urgência e Emergência (NEU/SES) para toda Rede: Rede Básica, Pronto Atendimento, SAMU e Hospitais. Além de ser uma integração entre os profissionais, foram gratificantes as trocas de experiências em cada ponto da Rede, que iniciou com os Módulos I e III, realizados em Porto Alegre, e os Módulos II e IV em Canela.

- ☑ No dia 05 de setembro de 2012 ocorreu uma reunião no auditório do HCI com a participação dos gestores, hospitais, comitê e a 17ª CRS, para apresentação do Plano de Ação Regional da Rede Urgência e Emergência de abrangência da 17ª CRS.
- ☑ Em 5 de dezembro de 2012 foi aprovado o Plano Regional de Ação da Rede Urgência e Emergência da 17ª CRS/CIB, Resolução nº 678/12.
- ☑ Em 21 de janeiro de 2013 reuniram-se no Auditório da Secretaria Municipal de Saúde de Ijuí, por solicitação do Prefeito, Fioravante Ballin, os seguintes participante: Prefeitos, Secretários de Saúde e 17ª CRS. O assunto discutido foi relativo aos municípios que não aderiram ao SAMU e os recursos insuficientes. A reunião foi encerrada com o encaminhamento de solicitação de aumento de recursos ao Estado.
- ☑ Em 30 de janeiro de 2013 foi aprovada a qualificação do SAMU de Ijuí e Panambi na CIR.
- ☑ Em 05 de fevereiro de 2013 reuniram-se no auditório do HCI, os Secretários de Saúde e os Conselheiros Municipais, ocasião em que foi discutida a regulação do SAMU.
- ☑ Em 20 de março de 2013 reuniram-se no auditório do HCI o Coordenador Estadual, Ramon Paiva Garcia, com os municípios de abrangência da 17ª CRS, os Prefeitos, Secretários Municipais de Saúde, Comitê, Conselho e Hospitais. Na ocasião foram discutidos os recursos do SAMU, cuja proposta de ampliação de recursos vinha sendo estudada pelo Estado.
- ☑ Em 07 de maio de 2013 reuniram-se em Porto Alegre, o Coordenador Estadual da Regulação, Dr. Maicon de Paula, o Coordenador Estadual da Rede Urgência, Ramão, a Secretaria de Saúde de Ijuí e a 17ª CRS. Neste encontro foram tratados recursos do SAMU, a sua regulação, a vinda de novos veículos USB para os municípios de Santo Augusto, Jóia e Crissiumal, e a troca da frota/SAMU de Ijuí e Panambi, entre outros assuntos. Foi levado para o Estado a grande defasagem dos recursos para manutenção dos Serviços Móvel e o Estado ampliou os recursos para os Serviços de Atendimento Móvel.

Partindo do princípio de que nada se constrói, mas tudo se transforma, organizou-se este trabalho pensando numa forma de contemplar todos os pontos de atenção à Rede de Urgência e Emergência na 13ª Região da Diversidade, contando para tanto, com a participação de todos os atores que compõem a gestão do SUS.

O Ministério da Saúde desenvolveu diretrizes com base na Legislação, Portarias, Protocolos e Instrutivos para organizar e manter a Rede. Assim, o Estado tem contribuído cada vez mais com sua contrapartida na organização e implantação das ações e serviços.

A função da CRS, nesse contexto, é apoiar os municípios na implantação das Redes e auxiliar na construção dos caminhos para que os fluxos sejam obedecidos, assim como manter as referências resolutivas em seus territórios.

A porta de entrada do usuário independe do serviço, seja ele rede básica, pré-hospitalar fixo ou móvel hospitalar. O acolhimento e a classificação de risco são mecanismos que podem auxiliar na hora de tomar certas decisões e de montar um plano terapêutico para esse usuário, o que garante a linha de cuidado integral no SUS.

Todas as ações e serviços que recebem recursos públicos devem ser submetidos aos mecanismos de regulação, controle, avaliações e auditoria.

A construção do PAR-Regional fez-se necessária para organizar o PAR Macrorregional, o qual está em fase de avaliação pelo Ministério da Saúde. A Missioneira, a Secretaria Estadual de Saúde e o representante do Ministério da Saúde reuniram-se para avaliar e discutir as necessidades, bem como o que seria contemplado no PAR. Nesse rumo, todas as ações e serviços precisam estar em consonância com o Plano.

A fase atual é de avaliação e reformulação do PAR, em que foram acrescentados novos itens de grande necessidade. Alguns serviços a serem implantados estão sendo renegociados com os prestadores, de forma a contemplar toda a região. Salienta-se aqui que a presença da SES e do Ministério muito tem contribuído nas decisões a serem tomadas e que o PAR-Missioneira está sendo avaliado pelo Ministério da Saúde, encontrando-se em terceiro lugar no Estado do Rio Grande do Sul.

4 RESULTADO E ANÁLISE

O grande legado de tudo isso é que não foi preciso “inventar a roda”, pois tudo estava na base das ações e serviços e só necessitava ser organizado, qualificado, enfim, ter um diagnóstico epidemiológico.

Vincular o trabalho de conclusão do curso com uma prática de intervenção do dia a dia fez com que as reflexões de um trabalho desenvolvido tivessem maior ênfase em registrar o que estava sendo construído. A maioria dos trabalhos realizados não é registrada, ficando a história carente de dados sobre o início das atividades. Ademais, muitas vezes o profissional

fica um período de tempo curto na instituição e quando outro profissional assume a vaga, ele começa a pensar um serviço que já existe, e que era apenas dar continuidade.

Isso mostrou a importância de registrar os acontecimentos por mais simples que sejam, o que foi necessário para dar andamento ao serviço. A garantia de sucesso foi que tudo estava bem delimitado nas Portarias e Instrutivos elaborados pelo Ministério da Saúde.

Os prestadores e gestores são os grandes responsáveis pelo funcionamento dessa rede, que já continha inúmeros pontos de atuação, faltando apenas uma visão mais lógica do que seria considerado.

O entendimento dos gestores foi sendo construído junto às reuniões dos colegiados e na implantação das outras redes, que formam um elo e, dentro delas ocorrem as urgências obstétrica, infantil, pediátrica, mental, oncológica, geoecológica, cardiológicas etc.

Verificou-se a grande necessidade de ampliar a oferta de ações e serviços devido ao envelhecimento da população e ao alto índice de violência, em especial, a do trânsito. A falta de profissionais capacitados também é um fator que contribui na decisão de aumentar as ações e serviços. Entretanto, na hora da contratação desses profissionais, a Lei da Responsabilidade Fiscal impede as contratações, constituindo-se num grande problema dos Prefeitos e seus Secretários Municipais de Saúde.

Considerando os inúmeros problemas, como a falta de educação continuada em saúde e a grande rotatividade dos profissionais, que insatisfeitos com seu salário aceitam mudar de município, deixando de ser corresponsáveis pelas ações e serviços, bem como se negando a cumprir as metas, percebe-se a necessidade de melhores salários aos profissionais que atuam no SUS, respeitando sua classe e função, mediante a elaboração de planos de carreira que contemplem a todos nos mais diversos níveis de atuação.

4.1 Estruturação da Rede

A estruturação da Rede de Urgência e Emergência partiu de uma ação conjunta com as outras Redes, estabelecendo seu território por microrregiões na 13ª Região da Diversidade. Procurou-se, assim, pactuar conforme as necessidades existentes e por proximidade dos municípios, passando a verificar as necessidades das ações e serviços e a falta de profissionais capacitados para atuar.

Em consonância com os serviços existentes buscou-se formas de suprir essas deficiências, tanto em recursos físicos como financeiros, negociando as Portas de Entrada por microrregiões, novos serviços móveis de suporte básico (SAMU), Salas de Estabilização e, a

mais importante de todas as negociações, a transformação da Associação Hospitalar Beneficente de Ajuricaba (HPP), que será de grande importância para 13ª Região da Diversidade, servindo de suporte para o HCI em leitos clínicos de longa permanência a serem regulados pela CRS.

Este trabalho, contudo, foi o mais difícil, pois foi preciso negociar com o Prefeito Municipal, Secretário de Saúde, administradores do Hospital (HPP) e do Hospital Regional (HCI) e membros da 17ª CRS.

Após tudo isso ocorreu uma Audiência Pública em Ajuricaba, explicando como ocorreria a transformação e os fluxos. Houve, também, negociação com o Estado a respeito da possibilidade de obter financiamento.

Esse projeto ainda está em construção, pois se aguarda a aprovação do Plano de Ação da Rede de Urgência e Emergência Macrorregional junto ao Ministério da Saúde, o qual foi avaliado no dia 05 de fevereiro de 2014, com a presença de representantes do Ministério da Saúde, do Estado e da CRS.

Ao analisar a Rede com todas as propostas verifica-se que havia muitos serviços a serem implantados e organizados, sendo necessário, também, definir a forma como vai ocorrer a regulação, o controle e a avaliação.

Conforme demonstram o quadro e o mapa a seguir, os serviços foram organizados segundo o desenho da Rede de Urgência e Emergência, ou seja, de acordo com as necessidades do território e proximidades. Os serviços, portanto, foram referenciados quando não era possível solucionar uma questão dentro da região de saúde ou macrorregional, considerando sempre os limites geográficos assistenciais.

Quadro 1 – As microrregiões

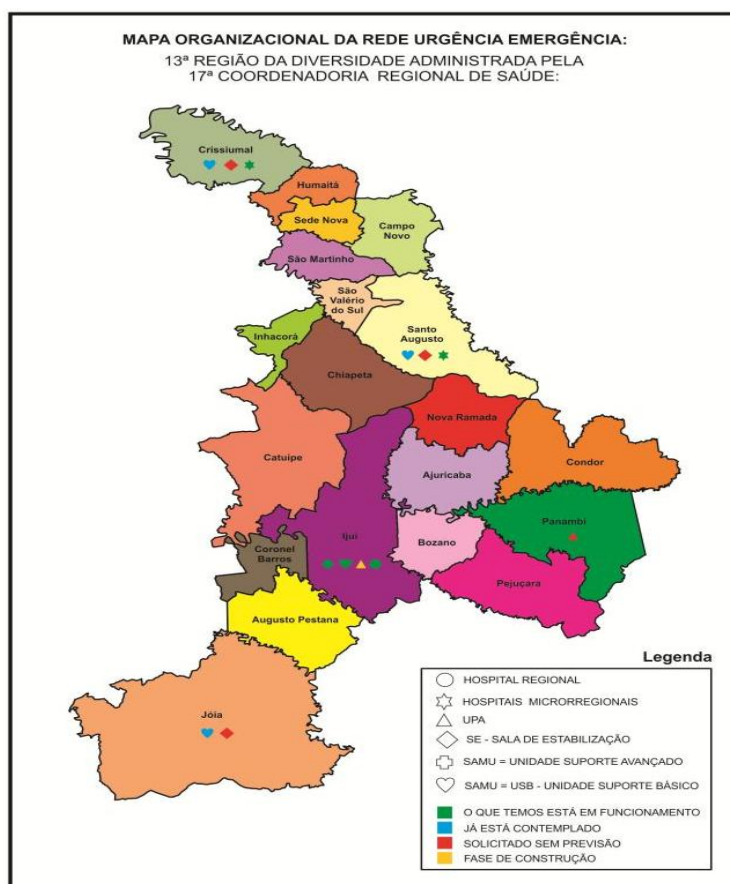
Microrregião	Municípios
Crissiumal	Crissiumal, Humaitá, Sede Nova
Ijuí	Ijuí, Ajuricaba, Bozano, Augusto Pestana, Coronel Barros, Catuípe, Jóia
Panambi	Panambi, Condor, Pejuçara
Santo Augusto	Santo Augusto, Nova Ramada, São Valério do Sul, São Martinho, Chiapetta, Inhaçorá, Campo Novo

Fonte: dados obtidos junto à 17ª CRS (2014).

A construção do Mapa da Saúde integra o processo de planejamento e parte da representação geográfica da situação sanitária, construída com critérios epidemiológicos, demográficos, sociais, de gestão e de estrutura do sistema, na perspectiva de auxiliar o processo de identificação das necessidades de saúde da população e de análise situacional.

O Ministério da Saúde elaborou as Portarias e Instrutivos que servirão de base para implantação da Rede e construção do Plano de Ação Regional da RUE, sendo a primeira vez na história que se realiza um plano como balizador da saúde na implantação da Rede.

A 13ª Região da Diversidade foi organizada com a participação de profissionais Técnicos da Saúde, Prefeitos, Secretários e Conselho (Participação Cidadã).



Mapa 1 – Mapa organizacional dos serviços da Rede Urgência e Emergência na 17ª CRS.
Fonte: 17ª CRS.

A 17ª CRS buscou construir o PAR conforme preconiza o Sistema Único da Saúde em consonância com os municípios a fim de que esse processo de formulação e planejamento da saúde ocorra de forma ascendente e integrada. O Plano visa incluir em sua problemática local as necessidades de saúde suscitadas no município, de forma continuada, articulada, integrada e solidária nas três esferas de governo. Nesse momento é demonstrada a realidade de saúde e são indicadas as metas que precisam ser cumpridas diante de lacunas, reordenamento de equipamentos, serviços, profissionais, dentre outros.

Ao analisar todo o conjunto pré-hospitalar depara-se com grandes problemas, muitas obras em fase de construção, outras paradas e algumas tinham os equipamentos quase todos sucateados e sem condições de uso. Buscou-se, então, junto ao Estado, formas de negociar e

de melhorar, sendo encaminhados diversos processos solicitando acabamento de unidades e equipamentos. Todos os municípios encaminharam seus pedidos, os quais foram aprovados nos Conselhos de Saúde e CIR, sendo atendidos em suas solicitações.

Já com relação ao Serviço de Atendimento Móvel Avançado e Básico (SAMU), esta região foi implantada em 2009, e ainda não foi realizada a troca da frota. Os municípios seguem trabalhando com os veículos sucateados e à espera das trocas que foram solicitadas ao Estado.

O Estado, por sua vez, proporcionou aos municípios a compra de ambulâncias (as “Branquinhas”) com a contrapartida dos municípios. Nesse meio tempo contratou uma empresa para realizar o transporte de pacientes de UTIs, o que é uma responsabilidade estadual.

No PAR estão contemplados três municípios em Serviço de Atendimento Básico (USB), sendo eles: Crissiumal, Santo Augusto e Jóia, os quais estão em fase de habilitação junto ao MS, que é uma tremenda burocracia, cujas exigências são bem expressivas.

As UPAs/24Horas de Ijuí e de Panambi estão em consonância com o PAR Ijuí, isto é, estão em fase final de construção e solicitação dos equipamentos, com previsão de inauguração em setembro de 2014. Já Panambi terá uma UPA para a Microrregião, cujas obras estão em fase de iniciação e licitação.

A Sala de Estabilização também consta no Plano de Ação Regional (PAR) e está cadastrada no Fundo Municipal de Saúde junto ao Ministério da Saúde, obedecendo às normas de pontuação, conforme o instrutivo desse Ministério.

Como já citado anteriormente, os serviços pré-hospitalares fixo e móvel são organizados conforme as necessidades do território. O Ministério da Saúde preconiza que todos os serviços sejam organizados por Macrorregiões, principalmente os de alta complexidade, formando a Rede de Atenção Integral. Os gestores, por sua vez, terão que negociar as suas referências junto à Comissão Intergestores Regional (CIR), organizando-se de forma a serem resolutivos.

A 13ª Região da Diversidade vem desenhando seus mapas existenciais de acordo com suas necessidades, e busca na Macrorregional os serviços de que necessita para suprir suas necessidades. Os hospitais que compõem a Região de Saúde, segundo fonte de dados do Datasus, mostram a grande necessidade de ampliação do número de leitos hospitalares credenciados pelo SUS da 17ª CRS.

Quadro 2 – Hospitais da 13ª Região da Diversidade

17ª CRS	Municípios	Hospitais	Nº de leitos	Leitos SUS
	Ajuricaba	Sociedade Hospitalar Ajuricaba	31	24
	Augusto Pestana	Associação Protetora Beneficente São Francisco	48	38
	Campo Novo	Sociedade Hospitalar de Caridade Campo Novo	35	30
	Chiapeta	Associação Hospitalar Chiapeta	28	23
	Condor	Sociedade Hospitalar Beneficente Condor	22	16
	Crissiumal	Hospital de Caridade de Crissiumal	58	37
	Humaitá	Associação de Desenvolvimento Comunitário Humaitá (ADESCO)	34	23
	Ijuí	Associação Hospital de Caridade de Ijuí	219	155
		Hospital Bom Pastor de Ijuí	52	24
	Panambi	Sociedade Hospitalar Panambi	66	44
	Pejuçara	Casa de Saúde Rio Branco	16	15
	Santo Augusto	Hospital Bom Pastor de Santo Augusto	77	51
	São Martinho	Sociedade Cultural São Gregório	39	25

Fonte: dados obtidos junto à 17ª CRS (2014).

Ao analisar o estudo realizado percebe-se que muitos pontos não foram citados, e que o Plano de Ação Regional e Macrorregional ainda tem muitas atividades por realizar, pois foi apenas o início de um trabalho que servirá como limitador e que pode ser mudado conforme as necessidades forem surgindo. Toda equipe envolvida sente a necessidade de organizar a Rede de forma que o usuário receba atendimento qualificado e humanizado, seguindo todas diretrizes do SUS.

O grande legado da história foi a participação de todos os profissionais que contribuíram para que tudo isso ocorresse. No momento em que se buscavam as negociações com os prefeitos e secretários, suas equipes técnicas de secretarias também participavam, mostrando a importância de ter a rede em consonância.

Quanto ao SAMU, o que se ouvia até então eram muitos comentários negativos, de que ele era um problema e que seria resolvido de forma mais prática. Foi somente depois de muita conscientização e capacitação da Rede que mudou a ideia de que quando o SAMU chegasse no local a população teria um hospital, e que para tanto seriam necessárias pessoas para dar suporte e estabilizar as vítimas.

Espera-se ter contribuído no sentido de trazer a intervenção da prática por mim desenvolvida para o curso de Especialização em Linha do Cuidado em Enfermagem – Área de Urgência e Emergência, deixando o estudo em aberto para que alguém possa contribuir no seu melhoramento. Ainda não existe, por enquanto, uma resposta do resultado das ações e

serviços que serão implantados ou melhorados na regional. Para quem possa se interessar, o PAR está localizado junto à 17ª CRS, aonde poderá ser obtida cópia deste TCC.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De posse de todas as Normas Técnicas, as Portarias do Ministério da Saúde e as Resoluções Estaduais, foi trabalhada a implantação da Rede de Urgência e Emergência, com seus respectivos pontos de atendimento, e iniciada a redação do Plano de Ação Regional. O processo teve início na base do seu território ascendente para as microrregiões, região de saúde e macrorregião, delimitando geograficamente os seus municípios limítrofes. A garantia do acesso do usuário de forma integral e humanizada, conforme preconizam os princípios da humanização, buscou realizar um diagnóstico das ações e serviços e contemplar a falta de serviços, garantindo o atendimento com maior tempo de resposta. A presença do representante do Ministério da Saúde na região, com seu olhar técnico, contribuiu para melhorar e qualificar os trabalhos, o que é considerado um avanço na saúde, pois foi a primeira vez que o Ministério da Saúde enviou seus representantes até a base do território onde estão implantadas as ações e serviços. A 13ª Região da Diversidade, com sua equipe de profissionais interdisciplinares, buscou trabalhar os serviços ascendentes do território em consonância com outras equipes de múltiplos profissionais dos municípios e prestadores, garantindo o acesso dos usuários. Partiu-se do princípio de que a porta de entrada do usuário garanta o seu acesso e supra suas necessidades de forma integral, procurando ofertar ações que contemplem seu plano terapêutico.

Nos últimos anos, a Atenção às Urgências e Emergências vem se apresentando como pauta principal nas três esferas de governo, sendo estratégica a articulação conjunta para enfrentamento dos estrangulamentos desta área, bem como a garantia do financiamento para que seja efetivada, minimizando, desta forma, o seu quadro atual. Para isso, faz-se necessário e imprescindível a implementação gradativa em todos os Estados e municípios da Rede.

Os atores envolvidos na programação das ações e serviços expressam suas necessidades e procuram pactuar sua desigualdade social e territorial, promovendo a equidade e integralidade da atenção e otimizando os recursos humanos e financeiros. Garantem, assim, nas três esferas de governo, que são corresponsáveis pelo desenho da saúde que parte do território com as necessidades da população. As ações e serviços, por sua vez, precisam ser homogêneos a fim de garantir o acesso do usuário.

A estruturação dessa política está sendo desencadeada de forma que a atenção às urgências flua em todos os níveis do SUS, organizando a assistência desde as Unidades Básicas, Equipes de Saúde da Família até os cuidados pré e pós-hospitalares, recuperação e reabilitação.

Este Plano é considerado um momento histórico de construção do SUS na Região de Saúde pela corresponsabilidade instituída por intermédio dos movimentos coletivos, pois além dos profissionais da regional houve a participação ativa das Comissões Intergestores Regionais e do Controle Social.

Conclui-se afirmando que este estudo fica em aberto para aqueles que vierem a usá-lo e que possam complementá-lo, pois ainda há muito a ser feito, uma vez que as mudanças ocorrem muito depressa e são constantes no Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei 8.080/1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Coletânea de Legislação do SUS. Escola de Saúde Pública com apoio do MS. Brasília, 2010.

_____. **Portaria 2.048/2002**. Estabelece o regulamento técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.

_____. **Portaria 1.863/2003**. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

_____. Ministério da Saúde. **Trabalho e Redes de Saúde**. Política Nacional da Humanização da Atenção da Gestão do SUS. Brasília, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279/2010**. Estabelece as diretrizes para organização das Redes de Atenção no SUS.

_____. **Portaria 1.600/2011**. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS).

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488/2011**. Estabelece a Política Nacional da Atenção Básica.

_____. **Decreto 7.805/2011**. Regulamenta a Lei 8.080/1990.

_____. **Lei Complementar nº 141/2012**. Estabelece os valores mínimos dos recursos aplicados na saúde pela União, Estados e Municípios.

_____. Ministério da Saúde. 17ª Coordenadoria Regional de Saúde. **Plano de Atenção Regional da Rede Atenção Urgência Emergência**. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências**. Brasília, 2013.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

FIGUEIREDO, Nebia Maria Almeida de. **Ensinando a cuidar em Saúde Pública**. São Caetano do Sul, SP: Yeddis, 2006.

FRANCO, Camilla Maia. **Linha do cuidado integral**. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br>. Acesso em: 28/02/2014.

_____. **A concepção problematizadora**: uma didática para a educação permanente em saúde. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal Fluminense. Niterói, RJ, 2010.

MENDES, Eugênio Villaça. **A modelagem das Redes de Atenção à Saúde**. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2007.

RIGHI, Liane Beatriz. **Redes de saúde**: uma reflexão sobre formas de gestão e o fortalecimento da atenção básica. Santa Maria, RS: Universidade Federal de Santa Maria – UFSM/Centro de Educação Superior do Norte do RS – CESNORS, 2006.

Obras consultadas

BRASIL. Portaria nº 1.020, de 13 de maio de 2009.

_____. Resolução nº 22/2010. Comitê Gestor Regional da Política de Atenção às Urgências e Emergências abrangendo os municípios da 17ª.

_____. Portaria nº 1.601, de 7 de julho de 2011.

_____. Portaria nº 2.026, de 24 de agosto de 2011.

_____. Portaria nº 2.338, de 3 de outubro de 2011.

_____. Portaria nº 2.395, de 11 de outubro de 2011.

_____. Resolução nº 106/2011.

_____. Portaria nº 2.648, de 7 de novembro de 2011

_____. Portaria nº 2.821, de 28 de novembro de 2011

_____. Portaria nº 72 CIB/RS de 2012.

_____. Resolução nº 035 CIB/RS de 2012.

- _____. Resolução nº 461 CIB/RS de 2012.
- _____. Portaria nº 263 CIB/RS/2012
- _____. Portaria nº 72 CIB/RS de 2012
- _____. Portaria nº 1.010, de 21 de maio de 2012.
- _____. Portaria nº 1.171, de 5 de junho de 2012.
- _____. Portaria nº 1.172, de 5 de junho de 2012.
- _____. Resolução nº 035 CIB/RS de 2012
- _____. Portaria nº 1.792, de 22 de agosto de 2012.
- _____. Portaria nº 2.809, de 7 de dezembro de 2012.
- _____. Portaria nº 1.208, de 18 de junho de 2013.
- _____. Portaria nº 1.248, de 24 de junho de 2013.